



Artigos originais

As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC

Social Control at a local level in SUS and the possibility of transforming Brazil's political culture

Inajara Carla Oliveira¹
Jaqueline Rocha¹
Rômulo André Rocha¹
Viviane Aparecida Lopes¹
Diego Pauli Corrêa²
Patrícia Roberta Bellanda²
Tatiane Budni²

¹ Univali - Universidade Do Vale Do Itajaí/ Centro De Ciências Da Saúde- Ccs

² Secretaria Municipal De Saúde De Itajaí – SC/

Resumo: O processo da reforma psiquiátrica brasileira possibilitou a desinstitucionalização e vinculação do sujeito ao seu território, desta forma, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é local estratégico para o desenvolvimento de práticas em saúde mental, cooperando para fortalecimento da reforma. Este artigo teve como objetivo verificar como acontecem as práticas de saúde mental em UBS do município de Itajaí, no estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa descritiva delineada como um estudo de caso múltiplo, para o qual se utilizou a abordagem qualitativa. A amostra da pesquisa foi intencional, composta por 37 profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem) que compõem três equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma UBS vinculada ao PET – Saúde Multiprofissional. Foi verificado que o acolhimento das queixas emocionais dos usuários se dá por meio da escuta. A assistência é baseada no modelo biomédico. Em relação ao cuidado longitudinal, identificou-se a lógica do encaminhamento para serviços especializados. Compreende-se a partir deste estudo que a retaguarda de uma equipe de matriciamento para esta unidade poderá contribuir para o desenvolvimento de novas práticas em saúde mental, instrumentalizando as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde mental, Atenção Básica, Reforma Psiquiátrica.

Abstract: The Brazilian psychiatric reform process enabled the deinstitutionalization and linking of the subject to its territory, therefore, the Basic Health Unit (BHU) is a strategic location for the development of mental health practices, cooperating to strengthen the reform. This study aimed to see how the mental health practices in UBS in the city of Itajaí are conducted in state of Santa Catarina. This is a descriptive study designed as a multiple case study for which was used a qualitative approach. The survey sample was intentional, consisting of 37 professionals (doctors, nurses, community health workers and nursing technicians) that comprise three teams of the Family Health Strategy of UBS linked to PET - Health Multiprofessional. It was found that the reciprocity of emotional complaints from users occur through listening. Assistance is based on the biomedical model. In relations to the longitudinal care, was identified the logic of referral to specialized services. It is understood from this study that the rearguard of a matricial team for this unit may contribute to the development of new practices in mental health, providing tools for the Family Health Strategy teams.

Keywords: Mental health, primary care, psychiatric reform.

1. Introdução

Problematizar as práticas em saúde mental na atenção básica hoje exige um olhar para o passado, de forma a compreender, mesmo que de forma breve, o processo da Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica acontece juntamente com o advento do movimento sanitário, nos anos 70, onde há uma exigência pela redefinição dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado¹. Assim, é possível destacar dois momentos importantes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Num primeiro momento: a crítica do modelo hospitalocêntrico, realizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978. O MTSM era formado por pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas até trabalhadores integrantes do movimento sanitário, estes atores denunciaram as violências no manicômio e exigiram os direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Posteriormente, já no ano de 1992, inicia a implantação da rede extra-hospitalar. Neste momento começa a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental¹. Foi este processo de luta que possibilitou à construção de novas práticas em saúde mental. Anos mais tarde, em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na ocasião reafirma-se a importância de estabelecer como porta de entrada para os serviços de saúde mental, as unidades básicas de saúde por meio da estratégia de saúde da família². O relatório final desta conferência elenca algumas propostas para o cuidado em saúde mental neste nível do sistema de saúde: prevenção em saúde mental por meio de esportes comunitários; oficinas de arte e de ofícios; atendimento domiciliar; potencialização de recursos comunitários; atendimentos em grupo etc.

Apesar destas diretrizes norteadoras, Campos e Gama³ afirmam que :

Uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente na Atenção Básica, porém, vários fatores dificultam o acolhimento e tratamento destes usuários: a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento.

Deste modo, Campo e Gama³ destacam algumas práticas importantes para promoção da saúde mental que podem ser realizadas na atenção básica: acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico; intervenções breves, na crise; projetos terapêuticos singulares; discussão sobre o uso racional da medicação por meio de educação em saúde, entre outros.

Nesta perspectiva histórica, fica claro que, graças ao processo da reforma psiquiátrica, hoje, o bairro, as famílias, as comunidades, as unidades básicas de saúde instaladas nos territórios são os locais ideais para as práticas de saúde mental em contraposição aos hospitais psiquiátricos⁴.

A atenção básica no Brasil tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental⁵, sendo assim, neste nível de complexidade os serviços devem ser estruturados conforme as seguintes características estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁵:

A atenção básica se caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Em consonância com tais premissas entende-se que as práticas em saúde mental na atenção básica devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, uma vez que estes têm maior entendimento quanto à territorialização e maior vínculo com os usuários, podendo assim compreender e identificar os problemas com maior clareza e agir de forma segura quanto às intervenções de saúde⁵.

Diante destas discussões, o objetivo deste artigo foi verificar como acontecem as práticas de saúde mental em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Itajaí, no estado de Santa Catarina, desenvolvidas e ou incentivadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família; bem como a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família quanto às práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas nas unidades;

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva delineada como um estudo de caso múltiplo, para o qual se utilizou a abordagem qualitativa.

Para o presente artigo foi utilizada a dimensão Saúde Mental, com os indicadores frequência de queixas emocionais dos usuários e a forma de tratamento destas queixas pela equipe de saúde.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Itajaí. A definição do município e da UBS estudada ocorreu por conveniência, tendo em vista a vinculação da pesquisa como execução do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – PET – Saúde da Universidade do Vale do Itajaí. A participação na pesquisa ocorreu de modo voluntário, sendo os dados coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí sob o parecer nº 494.933. E é aplicado por alunos bolsistas, voluntários e preceptores do PET- Saúde.

A amostra da pesquisa foi intencional, a ser composta por todos 37 profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem) que compõem três equipes de Estratégia de Saúde da Família da UBS vinculada ao PET – Saúde Multiprofissional. Por se tratar de um estudo com participação voluntária, dentre os 37 profissionais, apenas 25 responderam ao questionário, sendo que 6 profissionais não participaram da pesquisa por estarem em período de férias, licença maternidade e/ ou licença saúde e 6 profissionais não quiseram participar da pesquisa. Estes sujeitos serão abordados conforme sua categoria profissional seguido de uma numeração a citar: enfermeiro 01 (Enf 01), enfermeiro 04 (Enf 04), enfermeiro 05 (Enf 05), enfermeiro 25 (Enf 25), técnico de enfermagem 05 (tecnenf 05), agente comunitário de saúde 01 (ACS 01), agente comunitário de saúde 02 (ACS 02), agente comunitário de saúde 03 (ACS 03), agente comunitário de saúde (ACS 05), agente comunitário de saúde 06 (ACS 06), agente comunitário de saúde 08 (ACS 08), agente comunitário de saúde 09 (ACS 09), agente comunitário de saúde 10 (ACS 10), agente comunitário de saúde 11 (ACS 11), agente comunitário de saúde 12 (ACS 12), agente comunitário de saúde 13 (ACS 13), agente comunitário de saúde 15 (ACS 15), agente comunitário de saúde 18 (ACS 18), agente comunitário de saúde 19 (ACS 19), médico 25 (med 25), médico 05 (med 05).

A técnica de coleta de dados consistiu em entrevista semi-estruturada e observação direta. Desta forma, os profissionais das equipes de saúde participantes da pesquisa, foram entrevistados no período vespertino de três dias diferentes, uma vez que este período era o de menor movimento de pacientes na UBS.

A entrevista semi-estruturada, que parte de questionamentos básicos, alicerçados em hipóteses, as quais vão surgindo na proporção em que se recebe as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco colocado pelo pesquisador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa⁶.

Utilizou-se um roteiro norteador para os diferentes segmentos entrevistados, no qual se buscou caracterizar o processo de trabalho da equipe de saúde, no que se refere a gestão do cuidado. Entretanto, para este artigo propõem-se discutir apenas a dimensão de Saúde Mental, a qual pode-se identificar por meio do questionamento: Como as queixas emocionais trazidas pelos usuários da Unidade Básica de Saúde são tratadas pela equipe de saúde?

As entrevistas foram realizadas pelos próprios pesquisadores, conforme a disponibilidade e consentimento do entrevistado. Destaca-se que estas possibilitaram que os entrevistados discorressem sobre as questões apresentadas, permitindo que o pesquisador percebesse

importantes informações do processo de gestão do cuidado em saúde, auxiliando no entendimento e descrição do fenômeno estudado.

A observação direta, de caráter exploratório, permitiu perceber informações importantes do cotidiano dos entrevistados, durante a coleta de dados, auxiliando na descrição do fenômeno estudado. Nesse momento, foi acompanhado a rotina de atividades desenvolvida pela unidade.

Após a coleta, os dados foram registrados e analisados a partir das variáveis propostas. Para a análise das entrevistas foi realizado a transcrição, com posterior leitura do material e codificação das informações, a fim de agrupar os dados de forma a realizar a descrição das características relevantes, respeitando os critérios de objetividade, sistematização e generalização⁷.

Frente a esta metodologia utilizada chegou-se a um total de doze categorias, entretanto este artigo pretende discutir apenas quatro categorias, as quais foram as mais recorrentes.

3. Resultados E Discussão

3.1 As Queixas Emocionais São Tratadas Pela Equipe Como Acolhimento:

"Com atenção individualizada e grupos onde há trocas de experiências." (enf 05)

"Pela escuta que faz parte do acolhimento, escuta dos problemas. Se necessário é encaminhado para psicologia ou psiquiatria, não temos grupos para estes pacientes." (Enf 04)

"Encaminham para enfermagem para agendar psicólogo ou clínico ou psiquiatra. As vezes vem na ubs para conversar ou receber um abraço ou aperto de mão." (acs 09)

"Quando querem encaminhamento para internação (em clinica de reabilitação) a médica encaminha, se não, não podemos fazer nada. Os profissionais da ubs são psicólogos dessas mães." (acs 12)

"O auxílio é mais como ouvinte, exceto quando esta queixa impede de ter uma "vida" normal, sendo encaminhado para o médico." (acs 15)

"O que a equipe faz eu não sei, mas eu dou conselhos, tento dialogar." (tecent 05)"O que a equipe faz eu não sei, mas eu dou conselhos, tento dialogar." (tecent 05)

As mudanças decorrentes do processo histórico de reformulação das práticas em saúde e assim também do modelo assistencial implicou em um novo fazer e um novo olhar nos campos da atenção à saúde. O modelo centrado no biológico passa a dar espaço para o modelo integral de atenção à saúde dos sujeitos com uma nova percepção do processo saúde e doença. Diante destas mudanças, torna-se necessário a incorporação de tecnologias leves que se materializem em práticas relacionais, como por exemplo, acolhimento e vínculo⁸. Neste sentido, Merhy⁹ aponta que

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante das falas dos profissionais de saúde podemos perceber a utilização desta tecnologia, sendo considerada a importância do diálogo, afeto e da escuta no atendimento às queixas do usuário, diante disto, observa-se que o acolhimento é um dispositivo potente, sendo que este proporciona um vínculo entre a equipe e população, trabalhador e usuário, a fim de desencadear o cuidado integral e modificar a clínica⁸.

Com as necessidades que surgem no cotidiano das práticas, por muitas vezes as demandas de saúde mental são direcionadas aos profissionais classificados como responsáveis por este serviço, o que pode não alcançar a demanda do usuário, pela falta ou dificuldade do acesso nos serviços especializados, sendo assim, torna-se essencial a postura de responsabilização e de prática clínica pelos profissionais, pois "as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde"⁵.

Deste modo os profissionais ao tomar para si a responsabilidade de intervir na realidade que se põe neste território, diante das necessidades de saúde, podem buscar uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo⁸. Pelas falas destacadas acima podemos perceber que a implicação no processo com o usuário se dá neste sentido, no alívio do sofrimento por meio do acolhimento pela escuta, como evidencia a Enfermeira 04 “*Pela escuta que faz parte do acolhimento, escuta dos problemas [...]*.” e a ACS 15 “*O auxílio é mais como ouvinte [...]*”, a utilização destes dispositivos são essenciais, visto que

Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços⁵.

Ao reconhecer as demandas provenientes do território e do vínculo estabelecido com os usuários por meio da escuta à equipe de Saúde pode criar recursos coletivos e individuais de cuidados avaliados como os mais necessários, assim como o acompanhamento e suporte de seus usuários e de sua comunidade, como indica a Enfermeira 05 ao relatar que as queixas emocionais são tratadas pela equipe “*Com atenção individualizada e grupos onde há trocas de experiências*”.

Com isto, podemos considerar que são nestas possibilidades que se fazem no cotidiano, contando com as mais diversas ferramentas, que a equipe pode desencadear cuidado integral e modificar a clínica⁸, por meio do acolhimento realizado e efetivo em suas práticas de atenção à saúde.

3.2 As Queixas Emocionais São Tratadas Pela Equipe Como Assistência:

“É realizado consultas com familiares, mas a UBS não tem como cuidar dos usuários de drogas.” (acs 18)

“Tentamos tratar na UBS, caso contrário fazemos encaminhamento para outras UBS's e CAPS.” (enf 25)

“Uma tentativa de uma melhor assistência na unidade.” (acs 19)

“Encaminham ao psicólogo, consultam com médico ou CAPS.”(acs 10)

“Consulta médica e remédio.” (acs 08)

“Com consultas e encaminhamentos à especialista.” (acs 06)

“Quando pego uma pessoa assim eu falo com a enfermeira e ela manda marcar com o medico. Se for para conversar a enfermeira vai na casa.” (acs 02)

“Medicalização: Consulta médica e remédio.” (acs 08)

Um dos principais objetivos do desenvolvimento e expansão da atenção básica e das equipes de ESF se faz pela mudança do modelo assistencial. Diversas falas ainda nos remetem as características do modelo centrada no médico, que tem uma consequência de uma posição autoritária, unidisciplinar, voltado a uma saúde altamente especializada e fragmentada.

Como referido nas falas dos profissionais, observa-se que o tratamento das queixas emocionais na maioria das vezes é vinculado apenas na assistência clínica por meio da consulta médica e medicamentos, na qual nos remetem ao modelo biomédico.

Contribui para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário¹⁰.

Por meio desta mudança de modelo assistencial, a Unidade Básica de Saúde prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, ao seu funcionamento, às suas funções, ao seu desenvolvimento e às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a

criação de vínculo de confiança e de escuta qualificada, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

Desta forma, pouco evidencia-se como forma de assistência na fala dos profissionais, alternativas de outros tipos de ferramentas e dispositivos de intervenção, como a escuta qualificada. A não criação de um espaço onde aconteça esta escuta qualificada faz com que um mesmo usuário retorne mais vezes à unidade, ao mesmo tempo em que esses retornos os deixam de ser efetivos. A escuta precisa ocorrer de forma que propicie resolutividade no atendimento¹¹.

Também como citado pelos profissionais, a medicalização muitas vezes é o recurso terapêutico mais utilizado nas UBS como tratamento das queixas emocionais. Uma modificação deste paradigma é uma barreira na atuação em saúde coletiva, pois não são raros os casos que a baixa resolutividade da atenção primária sobrecarrega a atenção secundária, bem como a medicalização excessiva em diversos casos.

A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença¹⁰.

Nota-se que estas práticas de saúde remetem ainda sempre a doença, pois se volta para a assistência até mesmo no sofrimento, amenizando-o através da medicação¹².

Para que o atendimento à saúde mental aconteça na atenção básica, é necessário que os profissionais sejam preparados a ouvirem e reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além da doença/transtorno mental instalado, como também requer um pensar e agir pautado na atenção psicossocial, e de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental¹².

3.3 As Queixas Emocionais São Tratadas Pela Equipe Como Referência E Contra Referência:

"Nós comunicamos com a enfermeira e ela toma as providencias." (ACS 01)

"Quando pego uma pessoa assim eu falo com a enfermeira e ela manda marcar com omédico. Se for para conversar a enfermeira vai na casa." (ACS 02)

"Pela escuta que faz parte do acolhimento, escuta dos problemas. Se necessário é encaminhado para psicologia ou psiquiatria, não temos grupos para estes pacientes." (ENF 04)

"Com consultas e encaminhamentos para especialistas." (ACS 06)

"Equipe multidisciplinar: médico, psicólogo, farmacologia." (MED 025)

"Encaminham para enfermagem para agendar psicólogo ou clínico ou psiquiatra. As vezes vem na UBS para conversar ou receber um abraço ou aperto de mão." (ACS 09)

"Encaminham ao psicólogo, consultam com médico ou CAPS." (ACS 10)

"É feito encaminhamento para parte médica, encaminhamento ao psicólogo e ao psiquiatra. Se for preciso a ACS acompanha na consulta e no CAPS." (ACS 11)

"Quando querem encaminhamento para internação em clínica de reabilitação a médica encaminha, se não, não podemos fazer nada. Os profissionais da UBS são psicólogos dessas mães." (ACS 12)

"As ACSs fazem a escuta e falam para os enfermeiros; é feito encaminhamento para outras UBSs, CAPS." (ACS 13)

"Orientação, medicamentos e encaminhamento para outra UBS onde tem psicólogo" (med 05)

"Tentamos tratar na UBS, caso contrário fazemos encaminhamento para outras UBSs e CAPS." (ACS 05)

Com base nos princípios da Atenção Básica em Saúde espera-se que grande parte das queixas dos usuários sejam solucionadas na UBS, e que estes recebam um atendimento integral e que satisfaça suas queixas naquele momento.

Segundo Almeida e colaboradores¹³

para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instancias dispõe da totalidade dos recursos.

Referenciar o usuário para outro serviço não é repassar a responsabilidade do cuidado para outras esferas de atenção e sim compartilhar um atendimento integral visando oferecer o que o usuário necessita naquele momento.

Utilizar instrumentos de referência e contra referência representam importante ferramenta para integração dos serviços de saúde, pois mesmo os fluxos estando instituídos, muitas vezes essa prática não é comumente utilizada¹³.

Para integralidade do cuidado, Cecilio¹⁴ refere que os serviços de saúde devem ser compostos por redes ou linhas de cuidado. Essa rede é constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si por meio de processos formais de referência/contra referência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes, ordenados e racionalizados de usuários.

Verifica-se atualmente uma alta demanda de saúde mental na atenção primária no Brasil, caracterizada em grande parte por casos de quadros depressivos e ansiosos-leves, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossociais. Para isso, faz-se importante a consolidação de redes entre os vários serviços de saúde para inclusão da saúde mental enquanto um dos aspectos da integralidade do indivíduo¹⁵.

Conforme exposto nas falas acima pode-se identificar que a maioria dos profissionais entrevistados acredita que queixas de sintomas emocionais devem ser encaminhados e tratados por serviços especializados como Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou ambulatório de saúde mental para atendimento com psicólogo e/ou psiquiatra. Fica evidenciada a baixa resolutividade da atenção básica quando se trata de queixas de saúde mental.

De acordo com a fala dos sujeitos ACS 09 e ACS 12, muitas ações que são utilizadas no acompanhamento e no tratamento de um portador de sofrimento mental já são identificadas no contexto das equipes, mesmo não sendo identificadas pelos profissionais como tal.

Para Martins e colaboradores¹⁵

o modo de lidar com o portador de sofrimento mental ocorre de modo bastante incipiente, sendo o atendimento centralizado no profissional médico e as perspectivas de assistência voltadas ao controle e ao direcionamento de práticas especializadas em saúde. São evidenciados entraves em lidar com as demandas de saúde mental devido à complexidade de conceituar doença mental, os encaminhamentos recorrentes, o reconhecimento da falta de treinamento, a insegurança e a falta de experiência com essas demandas, o que tem influenciado o desvio dos pressupostos preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Desta forma muitos encaminhamentos são desnecessários e acabam sobrecarregando os serviços de atendimento especializados.

3.4 As Queixas Emocionais São Tratadas Pela Equipe Como Longitudinalidade:

"É feito encaminhamento para parte médica, encaminhamento ao psicólogo e ao psiquiatra. Se for preciso a ACS acompanha na consulta e no CAPS." (ACS 11)

"As ACSs fazem a escuta e falam para os enfermeiros; é feito encaminhamento para outras UBs, CAPS." (ACS 13)

Um dos fundamentos da Atenção Básica é desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado¹⁶. Nas falas acima questiona-se a preocupação da equipe para que as queixas emocionais sejam tratadas adequadamente e para que os pacientes

não percam seu vínculo com a unidade básica de saúde, mesmo que seja encaminhado para tratamento em outro serviço.

Segundo Cutolo¹⁷ “a longitudinalidade implica numa relação de co-responsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal) quer seja na proteção e promoção da saúde, seja no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processos saúde-doença)”, e ainda que “essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade”.

Atualmente, observa-se uma transferência de responsabilidades no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, principalmente quando o paciente é encaminhado para outros serviços que não a Atenção Básica.

4. Considerações Finais

A Unidade Básica de Saúde configura-se como a atenção essencial aos sujeitos de seu território, ampliando as redes de cuidado e possibilitando o fortalecimento da atenção à saúde do município ao qual está instalada. Considerando o atendimento integral aos sujeitos, o serviço recebe diversas demandas, nas quais a saúde mental é uma delas.

No que se refere ao acolhimento, foi observado nas entrevistas realizadas que os profissionais ao se deparar com as demandas, realizam a escuta como ferramenta de alívio do sofrimento psíquico. Apesar desta não ser considerada por muitas vezes como eficaz neste tipo de demanda por parte da equipe, considera-se essencial na atenção à saúde do sujeito diante de suas necessidades no momento em que acessa o serviço. Percebe-se neste sentido a importância da escuta no serviço, sendo realizada por todos os profissionais, assim como outras formas de atenção aos sujeitos a fim de possibilitar espaços de trocas, de fortalecimento dos vínculos na comunidade, assim como um local de percepção das necessidades que surgem no território.

No que tange a longitudinalidade, apesar da transferência de responsabilidades no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, observou-se a preocupação da equipe com os pacientes encaminhados. Diante disto, verificou-se a necessidade do matriciamento no serviço, pois como refere Wetzel e colaboradores¹⁸

Na medida que a equipe se sente apoiada ela consegue assumir a responsabilidade por esse cuidado de saúde mental na própria UBS, quebrando com esse ciclo automático e naturalizado de encaminhamento para os serviços especializados

Referindo-se à assistência, os relatos dos profissionais reforçam que as práticas diárias na saúde mental continuam reproduzindo o modelo biomédico, enfatizado especialmente na clínica centrada no médico e na prescrição de medicamentos. A constante medicalização diminui as perspectivas terapêuticas, negligenciando a abordagem do modo de vida na qual está inserido indivíduo e seu contexto social agregado. Assim como observado na literatura, estas práticas tendem somente a amenizar o sofrimento humano por meio dos medicamentos.

Considerando isto, a criação de espaços para escuta qualificada se torna necessário, caso contrário teremos um cenário de baixa resolutividade da atenção básica e constantes encaminhamentos para atenção secundária. Para tanto os profissionais devem estar preparados a ouvir e reconhecer as demandas de queixas emocionais, a comunicação deve ser otimizada e deve haver um aumento da co-responsabilização do cuidado entre Atenção Básica a Saúde e serviços especializados.

Oferecer um serviço que atenda às necessidades do usuário na Atenção Básica de forma integral ainda é um caminho a ser percorrido, principalmente no que se refere as queixas relacionadas a saúde mental. Por ser um campo muitas vezes desconhecido da equipe de saúde os serviços de referência continuam sendo a prática mais utilizada, não havendo um acolhimento do sofrimento do paciente, tampouco um olhar diferenciado e único para cada queixa trazida.

Faz-se necessário que as equipes utilizem ferramentas, como a orientação para grupos na comunidade, saibam identificar a expectativa que o paciente traz para a resolução de sua queixa, criem soluções criativas que podem ser desenvolvidas dentro do território da atenção básica. E para além deste uso, entendam seus papéis no acolhimento, tratamento e acompanhamento dos pacientes em sofrimento mental, bem como, não desmereçam as práticas do vínculo e escuta que

já realizam no território que por sua vez, podem até num primeiro momento não resolver os problemas, mas certamente o amenizam.

5. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. **Coordenação geral de saúde mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005;
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho nacional de saúde. Comissão organizadora da III CNSM. **Relatório da III conferência nacional de saúde mental. Brasília**, 11 A 15 DE DEZEMBRO DE 2001. Brasília: Conselho nacional de saúde/Ministério da saúde, 2002.
3. CAMPOS, R.O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.W de S.; GUERRERO, A.V.P (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**.p.210-236.
4. LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica**, n. 34– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. TRIVIÑOS, A. C. Introdução **À pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
6. RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
7. SOUZA, E.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C. ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: **uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, n 24, 2008.
8. Merhy, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998.
9. TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010.
10. OLIVEIRA, A.; NETO, J. C. S.; MACHADO, M. L. T.; SOUZA, M. B. B.; FELICIANO, A. B.; OGATA, M. N. **A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos**, SP. Rev Interface: Comunicação, Saude e Educação, v. 12, n. 27, p.749-62, out./dez. 2008.
11. MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. **Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental.** Rev. Saúde Soc., São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013;
12. ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, n. 26, v 2, fevereiro 2010, p 286-298.
13. CECILIO, L. C. O. **Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação. v 15, n 37, abr/jun 2011, p 589-599.
14. MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. **Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família**: um estudo bibliográfico. Fortaleza: Rev. Rene., v 10, n 4, out/dez 2009, p 165-172.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

16. CUTOLO, L. R. A.; VERDI, M. I. M.; ROS, M. A. da. **Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. 2011.** [capturado em 22 fev.2012]. Disponível em: <http://repositorio.unasus.ufsc.br/handle/unasus/125>.
17. WETZEL, C.; PINHO, L. B.; OLSHOWSKY, A.; GUEDES, A. C.; CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. **A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família.** Porto Alegre: RevGaucha Enfermagem, n 35, v 2, jun 2014, p 27-32.

Artigo Recebido: 12.10.2014

Aprovado para publicação: 04.05.2016

Jaqueline Rocha

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Rua José Gall, 1121 bloco 1 – Apto. 102 – Dom Bosco

CEP: 88307-102 Itajaí, SC – Brasil

Email: jaqueline.rocha@hotmail.com
